

## **INTERVENCION TERAPEUTICA EN UN CASO DE BULIMIA NERVIOSA ASOCIADA A DIABETES MELLITUS**

**Margarita Ortiz-Tallo Alarcón**

Departamento de Psicología Social y de la Personalidad.  
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE MALAGA.

### **RESUMEN**

*En este artículo se describe la intervención terapéutica a lo largo de un año de una chica diabética con un diagnóstico de bulimia nerviosa.*

*Para introducir el caso describimos la psicopatología característica de la bulimia nerviosa diferenciándola de otros trastornos de la alimentación y comentamos algunas variables de personalidad que según las últimas investigaciones suelen caracterizar a las personas que padecen este trastorno. Relacionamos el padecimiento de la diabetes con la alteración de la alimentación que nos ocupa.*

**Palabras clave:** TRASTORNOS ALIMENTICIOS, BULIMIA NERVIOSA, DIABETES.

### **SUMMARY**

*In this article we describe therapeutic treatment in a bulimia nervosa case associate to diabetes mellitus.*

*We start by differentiating between the psychopathological characteristics of the bulimia nervosa and other food disorders, and then comment on some personality disorders that according to recent research normally characterize people who suffer this disorder.*

*We believe that there is a relationship between diabetes and having a food disorder in this case.*

**Key words:** FOOD DISORDERS, BULIMIA NERVOSA, DIABETES.

## I. INTRODUCCION

El miedo intenso a engordar parece haberse convertido en uno de los síntomas patológicos que más está afectando a la población femenina adolescente en los últimos años. La gran influencia de los factores socioculturales en el desarrollo y mantenimiento de esta alteración y los síntomas psicológicos que acompañan al cuadro hace que los trastornos de la alimentación consecuencia de las fobias a engordar se hayan convertido en un campo de indudable interés para los profesionales de la psicología.

Las dos alteraciones que comparten el síntoma de la fobia a engordar son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En este artículo nos centraremos en el segundo de ellos.

Ambos trastornos están en apariencia relacionados y es frecuente el trasvase, en distintos momentos de la historia de una paciente, de los síntomas de la bulimia a los de la anorexia o viceversa.

Asimismo en las descripciones de la anorexia nerviosa se realiza la subdivisión de anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas. En este trabajo se querría diferenciar la anoréxica que tienen episodios bulímicos de la bulimia nerviosa propiamente dicha. En la anoréxica bulímica aparecerán una serie de síntomas propios del cuadro psicopatológico que no estarán compartidos por la bulimia nerviosa. El síntoma diferenciador más evidente es el peso de la chica. Para realizar un diagnóstico de anorexia según las últimas clasificaciones de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reflejadas en el DSM-III-R y el ICD-10 tiene que existir una pérdida significativa de peso o una no ganancia de éste en las prepúberes que se

encuentran en período de crecimiento. Asimismo en el diagnóstico de la anorexia existe una distorsión de la imagen corporal, con carácter de idea sobrevalorada, en la que la chica interpreta la percepción de las dimensiones de su cuerpo de una forma distorsionada (Mora y Raich, 1993).

Estas dos características no se consideran criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa y permitirán el diagnóstico diferencial.

En ocasiones, el diagnóstico adicional de una enfermedad como la diabetes puede complicar el caso y requerir que los objetivos terapéuticos más inmediatos no vayan enfocados al tratamiento de las conductas compulsivas de comer y a los vómitos posteriores sino a aspectos vitales para el bienestar físico de la paciente.

## II. LA BULIMIA NERVIOSA Y LA DIABETES

La palabra bulimia procede del griego *bous-buey* y *limós-hambre*, describe por tanto un “hambre de buey”, un apetito voraz que obliga al que lo padece a comer en exceso. Los criterios diagnósticos, según el ICD-10 incluyen:

1. Una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que la persona termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
2. Para contrarrestar el aumento de peso así producido utiliza uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.
3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y una preocupación persistente por la silueta y el peso.

Probablemente se puede decir que el miedo a engordar o la sensación de tener sobrepeso es un fenómeno frecuente y que se considera normal en nuestra sociedad (Mora Giral y Raich Escursell, 1994). En la última década diversas investigaciones avalan la idea de que la insatisfacción corporal es un fenómeno normativo en la

población femenina occidental (Kurtzman y cols., 1989; Nevo, 1985; Pyle y cols., 1991; Williams y cols., 1986)

Por ello, el deseo de estar delgada o el miedo a engordar por sí solo no debe llevar al diagnóstico de bulimia. Asimismo se pueden encontrar episodios de apetito e incluso de voracidad relacionados con estrés en épocas de exámenes, con tristeza o con aburrimiento que se diferenciarán de los episodios bulímicos porque no irán acompañados de vómitos ni de sentimientos intensos de culpa y si se analizan detenidamente no tendrán ese tinte compulsivo tan característico de los episodios bulímicos.

Las pacientes bulímicas pueden oscilar de peso en poco tiempo pasando de un peso normal al sobrepeso o a un peso por debajo de lo normal. Es frecuente oírles comentar cómo tienen ropa de distintas tallas o cogen la ropa de las hermanas o madre dependiendo del peso de cada momento.

Las características de personalidad de las bulímicas presentan algunas tendencias específicas que se comentan a continuación:

1. La vida social de estas pacientes parece ser bastante amplia. Suelen ser chicas extrovertidas, a veces su vida social desde el punto de vista de los padres es hasta "demasiado amplia". En esta línea, las investigaciones realizadas entre anoréxicas restrictivas y bulímicas apuntan a que éstas últimas son claramente más extrovertidas que las restrictivas (Crisp, 1979; Fairburn y Cooper, 1984; Vitousek y Manke, 1994).
2. Las chicas con este trastorno no suelen renunciar a las relaciones con los chicos, ni a los enamoramientos propios de la edad ni a las relaciones sexuales a diferencia de las que padecen un trastorno anoréxico (Martínez Fornés, 1994).
3. Suelen mostrar escasa disciplina en su funcionamiento. Esto se refleja tanto en los estudios donde con frecuencia bajan su rendimiento, en las labores que tengan encomendadas en la organización familiar y sin duda con mayor fuerza en sus hábitos alimenticios que fluctúan desde atracones continuos en un día a la dieta más estricta al día siguiente.
4. Inestabilidad afectiva con alteraciones del estado del ánimo que van desde la euforia a la tristeza (disforia). Para algunos autores el acto compulsivo de provocación del vómito podría

ser una vía de escape para intentar controlar los estados de tensión y la angustia que se producen con los cambios de humor (Cooper y cols., 1988; Rossiter y cols., 1993; Yates y cols., 1989).

5. La impulsividad parece ser una característica de personalidad encontrada frecuentemente en estas pacientes. Esta dificultad para frenar los impulsos incrementa claramente la probabilidad de romper la dieta que se hayan propuesto dando lugar a un episodio de voracidad. Algunos autores relacionan asimismo la impulsividad de estas chicas con la mayor propensión a hábitos de conducta compulsivos tales como el abuso y dependencia del alcohol o del tabaco (Fahy y Eisler, 1993; Fichter, 1990; Martínez Fornés, 1994).

A pesar de que las personas que padecen bulimia no llaman la atención por su aspecto externo, como sucede en el caso de la anorexia, y pueden pasar inadvertidas en la familia y en su entorno social durante tiempo, están expuestas a determinadas complicaciones físicas que hacen que este trastorno sea considerado un padecimiento en muchas ocasiones graves.

Algunas de las complicaciones físicas que pueden llegar a presentarse son la dilatación aguda del estómago, esofagitis, hernia de hiato esofágico, deterioro de la dentadura, trastornos renales, desgarros esofágicos y desequilibrios hidroelectrolíticos que pueden dar lugar a complicaciones tan serias como arritmias cardíacas y muerte súbita.

De otro lado, existen algunas enfermedades físicas que suelen producir en quién las padece un aumento del apetito y consecuentemente accesos de bulimia. Algunos ejemplos son el hipertiroidismo, la gota, el tener parásitos intestinales o la diabetes. Nos vamos a detener en ésta última por la relación con el caso que se expondrá a continuación.

La diabetes es una alteración del metabolismo de la glucosa, debida a la insuficiencia total o parcial de insulina. La glucosa es un elemento importante para la digestión de los hidratos de carbono. A su vez la insulina es la hormona básica en la regulación de la glucosa. Esta se produce en el páncreas y se libera en presencia de ciertos niveles de azúcar en sangre.

La insuficiencia de insulina da lugar a la hiperglucemia. El organismo elimina la glucosa por medio de la orina sin utilizarla. Esto produce sed en la persona que la padece y sensación de hambre aunque a la vez se debilite. De otro lado también son frecuentes estados hipoglucémicos en la diabetes aún cuando el nivel de glucemia esté elevado como los tejidos no pueden utilizar la glucosa por falta de insulina se comportan como si hubiese hipoglucemia, especialmente los centros hipotalámicos que controlan el apetito (ver Polaino-Lorente y Roales-Nieto, 1990).

El tratamiento de la diabetes Tipo I, ésta es la que suele aparecer en la infancia o adolescencia, consiste fundamentalmente en un aporte externo de insulina autoadministrada por el propio paciente con inyecciones y una dieta apropiada que conlleva la restricción de carbohidratos y que debe coordinar con ejercicio físico controlado. El cumplimiento del tratamiento es importante por las graves complicaciones que puede tener la enfermedad si no está bien tratada (Pérez Alvarez, 1993).

Por todo lo anteriormente expuesto si en un caso confluyen la diabetes con una bulimia nerviosa se encontrarán con dificultades añadidas ya que saltarse la dieta para una chica diabética puede ser peligroso para la salud y el no administrarse la insulina hace que corra riesgos importantes. La conducta de no inyectarse la insulina parece frecuente en las diabéticas bulímicas ya que consiguen de esta manera una poliuria y un adelgazamiento progresivo.

### III. EXPOSICION DE UN CASO

#### 1. Planteamiento del problema

La paciente tiene 25 años, acude a consulta "empujada" por su madre que está preocupada por las alteraciones del ánimo que presenta y las discusiones que provoca en casa.

Acude sola a la primera consulta y expresa desde el primer momento su preocupación por las situaciones de descontrol que tiene con respecto a las comidas. Comenta que lleva mucho tiempo (aproximadamente cinco años) picando continuamente comida y pegándose grandes atracones, ésto le hace sentirse muy triste y

culpable y como tiene miedo a engordar con posterioridad al atracón se mete los dedos y devuelve. En la historia clínica se recoge que es diabética y que hace tiempo que no se pone la insulina regularmente ya que está convencida que si se la inyecta se hinchará, a su vez ésto le preocupa ya que sabe que la insulina es fundamental para su salud.

En relación a sus estudios ha obtenido buenas calificaciones hasta COU, año en el que dejó los estudios por no sentirse suficientemente preparada para continuar. Esto le ha provocado sentimientos de inseguridad y una baja autoestima.

Sus relaciones familiares las describe como muy tensas, tiene frecuentes discusiones con sus padres y con el resto de los hermanos. Tiene la sensación de que nadie la entiende. Nadie en su casa conoce con certeza el problema relativo a la comida aunque en algunas ocasiones han sospechado acerca de los atracones ya que han desaparecido alimentos que ella no tiene permitido comer y que el resto de los familiares dicen no haber tomado.

Durante un año ha estado trabajando de secretaria. En esta época, la conducta compulsiva de comer era menos frecuente al no ingerir nada en las horas de trabajo.

Parece haber tenido grandes variaciones de peso en los últimos años que han sorprendido a su madre.

## 2. Evaluación

Realizadas diversas entrevistas con el fin de conocer toda su historia así como la diversidad y profundidad de los síntomas psicológicos que conformaban su estado y habiéndole pedido que rellenara auto-registros en los que tenía que anotar todo aquello que comiera, el lugar dónde lo hacía, las veces que se provocaba el vómito así como si se había autoadministrado la insulina o no, se encuentran los siguientes síntomas:

*Fobia a su propio cuerpo:* Un intenso miedo irracional a hincharse o a sentirse llena.

*Fobia al peso:* No puede soportar la idea de pesarse y tener más kilos de los que querría.

**Obsesiones:** Se ha introducido en su mente la idea continua y persistente acerca de todo lo relacionado con la comida. No puede pensar en muchas más cosas que no sea qué quiere comer, qué habrá de comida, cuánto ha comido ya o lo que puede comer.

**Compulsiones:** La obsesión continua acerca de la comida la lleva a comer compulsivamente, con prisa, de cualquier manera y a escondidas del resto de la familia. Una vez realizado el atracón no pueda evitar el tener que meterse los dedos con el fin de devolver todo lo ingerido. Cuando piensa que no puede devolver con facilidad vuelve a ingerir más comida y bebida para lograr su finalidad.

**Ansiedad generalizada y Crisis de ansiedad:** Tiene un estado ansiógeno durante todo el día agudizándose esta ansiedad en determinados momentos en forma de crisis.

**Sentimientos y pensamientos depresivos:** Se siente poco capacitada para conseguir algunas de las cosas que querría (estudiar, acceder a un trabajo...). Los tipos de pensamientos más característicos son los absolutistas (todo o nada), ésto le influye de manera decisiva en su forma de enfrentarse a la comida ya que se propone no picar nada y si pica un poco entonces pasa al descontrol total y se da un atracón ya que no ha conseguido el propósito inicial. Este tipo de pensamientos también le influye en la consecución de sus objetivos intelectuales y profesionales.

**Relaciones familiares conflictivas:** Tiene sentimientos muy contradictorios con todos los miembros de su familia. Necesita y quiere el apoyo de todos ellos pero hasta ahora no parece haber pedido ayuda correctamente.

Asimismo en el *análisis funcional* realizado se observa cómo el pensar en el posible aumento de peso o hinchazón de la barriga genera una gran ansiedad en el paciente lo que le empuja tanto a no autoadministrarse la insulina con el fin de provocarse poliuria y sentirse deshinchada como a provocación de vómitos después de las comidas que considera excesivas. Asimismo no acude al médico ya que sabe le harían un control diabetológico que la llevaría a tener que administrarse la insulina con la consiguiente retención de líquidos.

Por otro lado, la no administración de insulina le produce desarreglos glucémicos y éstos sensación de hambre así como ansie-

dad por no haber realizado el tratamiento correctamente lo que le lleva asimismo a una mayor probabilidad de atracarse de comida. Esta situación se había convertido en un círculo vicioso del que parecía no poder salir fácilmente.

El no realizar actividad alguna laboral o intelectual la hace pasar más horas en casa con mayores probabilidades del mantenimiento del pensamiento obsesivo sobre la comida.

Las discusiones en casa le provocan ansiedad que la lleva a atracones compulsivos lo que a su vez le genera mayor ansiedad y más discusiones.

En los registros de la primera semana los atracones suceden cinco días, dos o tres veces en cada día y con vómitos autoprovocados en cada atracón, es decir, dos o tres vómitos el día en que come más de lo previsto. El tipo de comida que ingiere consiste en todos aquellos alimentos que tienen prohibidos para la diabetes, en grandes cantidades y en distintos lugares de la casa. A pesar de esta línea base sus comentarios son de que ha estado muy bien porque "antes" solía hacerlo todos los días.

### **3. Intervención**

En primer lugar un punto importante a resaltar es la clara conciencia de malestar de la paciente que le hace reconocer que no puede seguir enfrentándose a la situación ella sola y que necesita ayuda de los demás. Esto hace que colabore desde el principio en el tratamiento con gran interés y que sus esfuerzos por enfrentarse al problema sean en todo momento de gran ayuda. Asimismo sirve de apoyo el que mantenga una relación sentimental desde hace un año en la que se siente comprendida y a la que se acude como apoyo durante la intervención.

El primer objetivo terapéutico que se considera es el tratamiento de su fobia a hincharse de modo que se consiga que ésta no le impida inyectarse la insulina necesaria para su proceso diabético. Se utiliza la técnica de implosión, que consistió en proponerle inyectarse todos los días mañana y noche durante un tiempo hasta que llegue al máximo de "hinchazón". Para ello se pide la colaboración

de la pareja a la que se le da a conocer el problema y conjuntamente se llega al acuerdo de inyectarse delante de él y pasar los momentos de mayor angustia juntos. A la vez el contacto con el terapeuta es diario con el fin de ir comentando sus miedos y poder ir desensibilizándola. A pesar de llevar años sin inyectarse la insulina correctamente cumple todas las normas y en diez días consigue superar el miedo irracional al comprobar que el grado de hinchazón no es tan grande como ella se imaginaba.

Al mismo tiempo se ve necesario que acuda a un especialista en endocrinología y nutrición que valore su estado físico y realice la intervención necesaria. Se le explica la necesidad de esta intervención médica relacionándola con muchos de los síntomas que padece y se trata asimismo que comprenda que un especialista en nutrición puede ayudarle a perder los kilos que le sobran (no más de 5) dándole mayor información acerca de la alimentación que requiere. Más adelante también se piensa necesaria la colaboración de un psiquiatra que le ayude con la medicación necesaria.

Se decide realizar entrevistas con los distintos miembros de la familia para explicarles el estado de la chica, sus síntomas y pedir su colaboración.

El resto de los objetivos terapéuticos y las técnicas utilizadas para cada uno de ellos son los siguientes:

- Eliminar de su dieta los alimentos para la diabetes: Información sobre riesgos, colaboración familiar en las compras y exposición de alimentos en la casa y restricción semanal de un alimento dañino y lista de alimentos permitidos en caso de atracón.
- Eliminar los vómitos continuados: Autocontrol y comunicación a la pareja en caso de que se produzca o no la conducta con el fin de conseguir refuerzos. Refuerzo de conductas incompatibles.
- Disminuir la alimentación excesiva progresivamente: Autorregistro y control estimular.
- Aumentar las actividades a realizar: Planificación ambiental con búsqueda de trabajo y presentación de currículum en diversas empresas. Asimismo planteamientos acerca de sus intereses intelectuales y la necesidad de informarse acerca de cursos de formación que pudieran ser de su interés.

- Disminuir las peleas en casa: Acuerdos familiares en distintas sesiones y terapia familiar.
- Mejorar su autoconcepto: Feed-back familiar acerca de sus aspectos positivos. Análisis sobre pensamientos distorsionados e irracionales.
- Disminuir la ansiedad: Entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática y tratamiento médico farmacológico.

#### **4. Resultados**

Se consigue desde el principio la administración continuada de la insulina y la asistencia regular a los médicos necesarios siguiendo los tratamientos correctamente.

Progresivamente en distintas sesiones ella elige el alimento que no se iba a permitir en esa semana y se recuerda la lista de alimentos permitidos en un posible atracón (zanahorias, col, queso blanco...) consiguiendo en mes y medio eliminar de los posibles atracones los alimentos prohibidos. Tiene algunas recaídas posteriores aunque en cada caso consigue comentarlo con su novio o su madre.

El control de los vómitos es bastante bueno. Una vez conseguido eliminar los alimentos que mayor ansiedad le producen no tiene dificultades en controlar los vómitos. Durante alguna crisis de ansiedad lo hace circunstancialmente y siempre pide ayuda posteriormente.

Los atracones de comida no desaparecen totalmente aunque disminuyen notablemente en frecuencia, cantidad y contenido calórico de los alimentos ingeridos.

Se matricula a los cuatro meses del inicio del tratamiento en un curso de secretariado con buenas calificaciones que le sirve de gran ayuda para elevar su confianza y autoestima. También comienza un curso de inglés que supera con buena calificación e imparte clases particulares a una niña pequeña.

Las relaciones con el resto de la familia siguen siendo tensas aunque consigue expresar aquellas cosas con las que no está de acuerdo en la casa sin agresiones verbales.

Las alteraciones del ánimo y las crisis de ansiedad no desaparecen. Le cambian de tratamiento farmacológico en dos ocasiones.

Su queja principal al año de tratamiento es la ansiedad y tristeza que padece.

#### IV. COMENTARIOS FINALES

Como podemos apreciar el tratamiento de la bulimia nerviosa en determinados casos va asociado a otra serie de conductas y situaciones problemáticas que dirigen la intervención hacia objetivos e los que no siempre serán los más importantes la consecución de control de los atracones y vómitos.

En el caso expuesto nos pareció de gran importancia el control diabetológico correcto en el que la intervención de los profesionales adecuados era indispensable.

Queremos resaltar la buena relación que se estableció con los distintos profesionales que tomaron parte a lo largo de este año de tratamiento. El contacto con ellos fue continuado y los acuerdos tomados en las distintas sesiones así como los altibajos del ánimo que experimentaba la paciente fueron motivo de consultas y comentarios entre el psicólogos, el endocrinólogo y nutricionista y posteriormente el psiquiatra. Hubo un cambio de psiquiatra y fue con el segundo de ellos con el que se mantuvo una estrecha relación, ya que para el primero que intervino el tratamiento psicológico no era necesario.

Sin embargo y a pesar de los progresos conseguidos pensamos que un año es un tiempo insuficiente dada la complejidad del caso así como la historia anterior de cinco años de desarreglos con las comidas.

Asimismo la diabetes precisa de un control de alimentos que no le permite fácilmente a la paciente una mejoría plena en cuanto a los pensamientos acerca de la comida puesto que tiene que estar pendiente continuamente de lo que come.

La reducción total de los conflictos familiares nos parece un objetivo inalcanzable dada la estructura familiar y la edad de la chica. Desde nuestro punto de vista la salida más sana psicológicamente será el conseguir una autonomía futura que le permita vivir por su cuenta lo que indudablemente mejorará los roces diarios.

La continuación de los síntomas de la alteración del ánimo nos hace pensar en una distinta probablemente secundaria a la bulimia nerviosa que requerirá un tratamiento enfocado a ella y que puede asimismo mejorar cuando la superación de los síntomas bulímicos lleven un tiempo mayor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cooper, J.L.; Morrison, T.L.; Bigman, O.L.; Abramowitz, S.L.; Blunden, D.; Nassey, A. y Krener, P. (1988): Bulimia and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 43-49.
- Crisp, A. (1979): Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 332-335.
- DSM-III-R- (1988): *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid. Masson.
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993): Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.
- Fairburn, C.G. y Cooper, P.J. (1984): The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
- Fichter, M.M. (1990): *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy*. John Wiley and Sons. New York.
- Kurtzman, F.D.; Yager, L.; Lindsverk, L.; Wiesmeier, E. y Bodurka, D.C. (1989): Eating disorders among selected female student populations at UCLA. *Research*, 89, 1, 45-53.
- Martínez Fornés, S. (1994): *La obsesión por adelgazar. Bulimia y Anorexia*. Madrid. Espasa Calpe.
- Mora, M. y Raich, R.M. (1993): Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 20, 3, 113-135.
- Nevo, S. (1985): Bulimic Symptoms: Prevalence and Ethnic Differences among College Women. *Journal of Eating Disorders*, 4, 2, 151-168.
- Organización Mundial de la Salud (1992): CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. Meditor.
- Pérez Alvarez, M. (1993): Aportaciones de la psicología al tratamiento de la diabetes. En Simón, M.A. *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid. Pirámide.

- Polaino-Lorente, A. y Roales-Nieto, J.G. (1990): *La diabetes*. Barcelona. Martínez Roca.
- Pyle, R.L.; Neuman, P.A.; Ialvorson, P.A. y Mitchel, J.E. (1991): An ongoing cross-sectional study of the prevalence of eating disorders in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders*, **10**, 6, 667-677.
- Rossiter, E.M.; Agras, W.S.; Telch, C.F. y Schneider, J.A. (1993): Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, **13**, 349-357.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994): Personality variables and disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, **103**, 1, 137-147.
- Williams, R.L.; Schaefer, C.A.; Shisslack, C.I.; Gronwaldt, H. y Comerici, G.D. (1986): Eating and behaviors in adolescent women: discrimination of normals, dieters, and suspected bulimic using the eating attitudes test and eating disorder inventory. *International Journal of Eating Disorders*, **5**, 5, 879-894.
- Yates, W.R.; Sielini, B.; Reich, J. y Brass, C. (1989): Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **50**, 57-59.